N° 20

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

SCARLATINE DÉLIRANTE

Relation d'une Épidémie de Scarlatine à Montpellier

(NOVEMBRE 1914 - JUIN 1915)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1915

PAR

M. Michel B. ARIÉ

Né le 9/21 février 1892, à Samokow (Bulgarie)

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

CARRIEU, professeur, *président ;*
RAUZIER, professeur ;
LAGRIFFOUL, agrégé ;
VEDEL, agrégé libre.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1915

N° 20

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

SCARLATINE DÉLIRANTE

Relation d'une Épidémie de Scarlatine à Montpellier

(NOVEMBRE 1914 - JUIN 1915)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1915

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

M. Michel B. ARIÉ

Né le 9/21 février 1892, à Samokow (Bulgarie)

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université
(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, professeur, *président* ;
RAUZIER, professeur ;
LAGRIFFOUL, agrégé ; } *Assesseurs*
VEDEL, agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✱)	Doyen
SARDA	Assesseur
IZARD	Secrétaire

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✱).
Clinique médicale	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT (✱).
Botanique et Histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✱).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✱)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS ✱.
Clinique médicale	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✱), HAMELIN (✱), GRASSET (O. ✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique	MM. de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, ag. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✱) ag. l. (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL agr. lib. (ch. de c.).
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ROGER.
GRYNFELTT.	DERRIEN	ETIENNE
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	
GAUSSEL.	J. DELMAS.	
RICHE.	RIMBAUD.	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CARRIEU, *Professeur, Président.* MM. LAGRIFFOUL, *Agrégé.*
RAUZIER, *Professeur.* VEDEL, *Agrégé libre.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON REGRETTÉ PÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA MÈRE CHÉRIE

Ma plus douce espérance, c'est de vous rendre en bonheur, dans l'avenir, tout ce que vous m'avez prodigué de sollicitude et de dévouement.

A MES SOEURS

Témoignage de mon amour fraternel.

A MES ONCLES E. ARIÉ ET E. CALEFF

Témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

M. A.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

Professeur de clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Faible témoignage de gratitude et de respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

Professeur de clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DE L'HOPITAL

M. A.

AVANT-PROPOS

Si nous avons choisi ce sujet de thèse, c'est parce qu'il nous tient à cœur, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'étant chargé des fonctions d'interne dans le service des maladies contagieuses, nous avons pu, sous la direction bienveillante de notre Maître, Mr le Professeur Carrieu, étudier l'épidémie de scarlatine qui sévit à Montpellier du mois de novembre au 30 juin ; la seconde, c'est que nous avons eu le triste privilège d'être atteint de l'infection scarlatineuse.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir bien agréable dont nous devons nous acquitter : c'est de témoigner publiquement notre profonde reconnaissance et toute notre gratitude à notre Maître, M. le Professeur Carrieu, pour ses conseils si variés et si utiles à notre instruction médicale, pour la confiance dont il a bien voulu nous honorer pendant notre internat, et surtout pour les marques de sympathie et les soins tout paternels qu'il n'a pas cessé de nous prodiguer avec tant de bienveillance durant notre maladie.

Enfin, nous sommes très heureux de lui exprimer nos remerciements, pour nous avoir indiqué le sujet de notre travail et avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A notre Maître, M. le Professeur Rauzier, nous adressons particulièrement nos plus vifs remerciements. Au cours de nos études et durant le court externat que nous avons fait dans son service, qu'il sait rendre si intéressant et si attrayant et que nous quittons avec regret, il nous a fait l'heureux bénéficiaire de tant de précieuses connaissances cliniques que nous mettrons à profit dans l'exercice de notre profession.

Nous remercions également MM. les Professeurs agrégés Vedel et Lagriffoul, qui ont bien voulu accepter de faire partie de notre Jury.

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement l'intention de faire une étude complète, purement statistique de la question, consistant en l'énumération sèche du nombre de cas de malades atteints par les différentes maladies épidémiques. Traitée de cette façon, cette étude ne présente aucun intérêt au point de vue qui nous intéresse. Si nous faisons mention de quelques chiffres, c'est pour donner une idée plus exacte du développement et de la marche qu'ont pris les épidémies, qui ont sévi dans la garnison de notre ville depuis le 1er novembre 1914 jusqu'au 30 juin 1915.

Mais le but que nous poursuivons dans ce travail est surtout de donner une description d'une forme nerveuse de la scarlatine que nous avons eu l'occasion d'observer fréquemment durant le cours de cette épidémie, et que nous appellerons, en raison du symptôme prédominant, forme délirante de la scarlatine.

Notre maître, M. le Professeur Carrieu, nous a suggéré l'idée de traiter ce sujet dans notre dernier travail, qui termine notre scolarité dans cette Ecole de Montpellier. Il nous a montré combien intéressante pouvait être l'étude de cette question.

Nous basant exclusivement sur des observations personnelles et sur les particularités caractéristiques qu'elles ont présentées, nous faisons une étude d'ensemble de la question, étude sommaire et forcément incomplète. Elle présente bien des lacunes ; d'autant plus que pour des raisons indépendantes de notre volonté et le peu de temps dont nous disposions, nous n'avons pas pu insister sur certains points avec

autant de complaisance que nous aurions voulu le faire et avec laquelle ils méritaient bien d'être traités.

Nous regrettons vivement de ne point donner le graphique des épidémies, ainsi que les courbes thermiques, qui, en raison des circonstances actuelles, ne nous sont pas parvenues à temps.

Prenant en vue ces quelques considérations, nous avons l'espoir que nos juges nous accorderont toute leur indulgence dans l'appréciation de notre modeste travail.

Voici la marche que nous avons suivie dans notre étude :

I. Dans une première partie, nous faisons la relation de l'épidémie de scarlatine que nous avons observée dans le service de notre maître, M. le Professeur Carrieu. Nous y donnons un aperçu rapide statistique et clinique de la question.

II. Dans la deuxième partie, nous décrivons la forme nerveuse délirante de la scarlatine ; nous divisons cette étude en plusieurs chapitres, contenant chacun la description détaillée d'un des principaux symptômes.

III. Enfin, nous avons cru intéressant d'ajouter un relevé de quelques observations caractéristiques qui ont servi de base à notre étude.

PREMIÈRE PARTIE

Etude statistique et clinique générale

Le service dans lequel nous avons eu l'honneur d'être interne comprend toutes les maladies contagieuses. C'est dire qu'en même temps que l'épidémie de scarlatine sur laquelle nous insisterons plus particulièrement, nous avons eu à soigner d'autres malades, qui, elles aussi, ont revêtu le caractère épidémique. Nous donnerons quelques chiffres pour montrer la proportion qu'elles ont atteinte. Sur le nombre total d'entrée depuis le 1er novembre jusqu'au 30 juin, on relève :

Scarlatine	333
F. Typhoïde	278
Rougeole	159
Méningite c.-spin.	27

Nous ne parlons ni des érysipèles nombreuses, ni des oreillons, rubéoles, etc.

Nous laissons aussi de côté la dysenterie que nous n'avons pas eu à observer, et qui a atteint 52 malades au début de l'épidémie.

Comme on le voit d'après le peti tableau ci-dessus, le nombre de malades atteints de scarlatine dépasse de beaucoup le nombre des autres maladies respectivement. Ainsi pour une scarlatine, on note :

Rougeole	0,48
F. typhoïde	0,87
Méningite	0,07

La marche qu'ont suivie ces malades se voit très bien d'après le tableau ci-dessous, qui nous dispense de tout commentaire :

	Scarlatine	Typhoïde	Rougeole	Méningite
Novembre	2	27	»	»
Décembre	6	27	»	»
Janvier	29	41	16	»
Février	37	51	6	2
Mars	77	52	24	8
Avril	70	45	86	7
Mai	94	35	27	9
Juin	18	13	»	1
Total	333	271	159	27

Comme on le voit, c'est aux mois de mars, avril et mai que les épidémies ont atteint les plus fortes proportions, leur fastigium.

La mortalité a été respectivement de :

19 décès sur 333 cas de scarlatine, soit une moyenne de 5,7 % ;

35 décès sur 271 cas de fièvre typhoïde, soit une moyenne de 12 % ;

3 décès sur 159 cas de rougeole, soit une moyenne de 1,8 %.

Nous n'avons pas à insister ici sur les causes de la plus grande mortalité pour fièvre typhoïde.

Etiologie générale. — Il est très facile de s'expliquer pourquoi des épidémies diverses purent se développer depuis la

déclaration des hostilités. L'encombrement et le surmenage sont les deux causes principales. Par suite du nombre plus élevé de soldats en garnison dans notre ville, les casernes ne peuvent plus loger dans les mêmes conditions hygiéniques qu'en temps ordinaire, les règles de l'hygiène ne peuvent s'appliquer qu'imparfaitement. De plus, les soldats, en particulier les jeunes, non immunisés par des atteintes antérieures, fatigués par les marches et l'exercice, deviennent facilement la proie de la contagion.

A cette question importante de terrain vient s'ajouter celle de l'acclimatement, qui joue un si grand rôle dans le développement de la fièvre typhoïde en particulier.

Etude de l'épidémie de scarlatine

I. *Conditions de développement.* — Les conditions étiologiques citées ci-dessus interviennent aussi dans la scarlatine. Mais le facteur auquel est dévolu le rôle principal, c'est la contagion, qu'elle soit directe ou indirecte.

C'est la première qui nous a paru jouer dans le cas le rôle le plus important. Au début de la maladie, elle se fait par les mucosités de la bouche et du pharynx qui sont atteints en premier lieu.

Ce mode de contage nous paraît être, sinon exclusif, du moins prédominant. Comme le dit Lemoine (1) : Lorsque, dit-il, se produisent dans un régiment des cas de Scarlatine, le diagnostic est posé dès le début de la période d'éruption : les malades sont aussitôt envoyés à l'hôpital ; ils sont donc éloignés du milieu contaminable alors qu'il n'existe chez eux aucune exfoliation épidémique, et cependant l'épidémie continue, atteignant ceux qui appartiennent au même groupe. D'ailleurs, le même fait s'observe dans les écoles. Cependant, il faut admettre que la contagion par les squames épidermi-

(1) *Soc. Méd. Hôpit.* 1895.

ques a dû aussi intervenir dans la prolongation de l'épidémie. Bien des cas qu'on qualifiait d'angine simple n'étaient que des scarlatines frustres, pour lesquelles l'isolement n'était point pratiqué, et qui pourtant n'étaient pas moins dangereuses au point de vue de la contagion. Ces malades desquamaient au bout d'un certain temps et par les débris épidermiques propageaient la maladie.

II. *Marche.* — L'épidémie de scarlatine a commencé au mois de novembre. Il n'y a eu que 2 cas qu'on pouvait dire sporadiques. Puis elle est allée en augmentant jusqu'au mois de mai pendant lequel on a enregistré le plus grand nombre de malades atteints de cette infection ; comme on le voit sur le tableau que nous avons donné, c'est à ce moment que l'épidémie atteint son fastigium. Ensuite, elle décroît brusquement.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le nombre total de cas de scarlatine atteint 333.

Tous les régiments sont loin de fournir le même nombre de malades. Le tableau suivant montre les régiments qui ont été le plus atteints et le nombre des malades respectivement:

2e génie	126
1er génie	73
11e génie	39
56e artillerie	32
81e infanterie	23
29e dragons	11
16e section	10

Le reste se répartit sur un grand nombre d'autres régiments dont les soldats se trouvaient à Montpellier, soit accidentellement, soit blessés, ou convalescents d'une maladie.

III. *Epoques.* — Tous les mois ne fournissent point le même nombre de malades ; ce sont les mois de mars, avril et mai qui nous donnent les chiffres les plus élevés (v. ta-

bleau). Cela s'explique bien par la présence dans notre ville de nouvelles classes appelées sous les drapeaux ; ces soldats, venant pour la plupart des régions éloignées, changeaient des conditions de vie et étaient plus ou moins surmenés. Mais la saison doit jouer aussi un certain rôle, car dans les statistiques de scarlatine de 1900 et 1908 aux Enfants-Malades à Paris (1), nous trouvons aux mêmes mois les chiffres les plus élevés.

IV. *Age.* — Ce sont surtout les tout jeunes soldats qui ont fourni le plus grand nombre de cas. Nous ne donnons pas de chiffres exacts, mais la brusque recrudescence de l'épidémie au mois d'avril et mai, coïncidant avec l'arrivée du contingent de la classe 1916, le prouve suffisamment.

Aperçu clinique. — Au point de vue symptomatologique, nous serons bref. Nous ferons simplement remarquer que, dans les formes cliniques qui évoluaient normalement, il n'y avait rien de spécial à noter : tous les symptômes décrits par les classiques se reproduisaient avec plus ou moins de fidélité.

Dans toute épidémie, on signale des cas qui présentent des caractères spéciaux suivant la race, la région et les conditions de développement ,et qui constituent le génie épidémique, car ces caractères impriment un cachet spécial à la maladie.

Ainsi, les épidémies qui sévissent en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne sont réputées par la malignité des formes ataxo-adynamiques ou typhoïdes, rapidement mortelles.

Or, dans l'épidémie dont nous faisons la relation, nous avons observé, à côté de nombreux cas normaux, des cas graves. Mais ils présentaient cette particularité intéressante

(1) *In* Thèse P. Dumas, *Scarlatine.*

que, malgré la sévérité apparente, ces formes se terminaient souvent par la guérison (Voir observations).

Nous nous sommes proposé, dans la deuxième partie de ce travail, de donner précisément une idée de ces formes que caractérisent deux ordres de phénomènes : d'abord, l'angine qui apparaît comme symptôme initial, mais qui revêt un aspect tout particulier ; ensuite, les phénomènes nerveux, constants et précoces atteignant une intensité extrême.

Nous avons été surtout frappés dans ces cas par le contraste qui existait entre la forte atteinte du système nerveux se manifestant par des phénomènes qui dominaient tout le tableau et, d'autre part, par l'absence presque complète d'albuminurie dans les urines en dépit de la gravité des cas.

On trouve décrites dans tous les classiques ces formes graves avec prostration, délire, courbe thermique très élevée, petitesse du pouls, se terminant toutes rapidement par la mort. Les urines de ces malades décèlent des flots d'albumine, qui est constante.

Nous n'insisterons point sur ces formes nerveuses, étudiées par des auteurs beaucoup plus compétents que nous, et qualifiées de foudroyante, ataxo-adynamique, etc. Dans la forme sur laquelle nous n'insisterons pas plus longuement, pour le moment, nous proposant de la décrire plus en détail, la terminaison a été plus heureuse, à de rares exceptions près.

C'est sur ces particularités que nous avons l'intention d'attirer l'attention.

Complications. — Les complications que nous avons observées furent nombreuses et variées. Excepté la néphrite aiguë, tardive, avec albuminurie abondante (8-10 grammes), et hématurie révélée par la réaction de Meyer, dont nous avons vu quelques cas, et deux broncho-pneumonies mortelles, toutes les autres complications furent très bénignes, Nous n'avons intervenu que quatre fois pour adénite cervi-

cale suppurée. Nous ne considérons pas l'angine pultacée intense du début dans les formes nerveuses comme une complication. Le pseudo-rhumatisme scarlatin localisé aux petites jointures, en particulier au cou, fut fréquent, de même que l'otite suppurée.

Malgré la proximité de services de la rougeole et de la scarlatine, nous n'avons vu que quatre cas de rougeole suivie de scarlatine ; l'évolution de cette dernière n'a pas été modifiée (1). Un cas d'évolution simultanée des deux maladies s'est terminé par la mort.

Mortalité. — Chaque épidémie a une virulence propre et, dans un même pays, on note parfois 3 % de mortalité et d'autres fois 10 %.

Sydenham avait jugé que la scarlatine méritait à peine le nom de maladie, et cependant, en Angleterre même, la scarlatine donne des épidémies particulièrement meurtrières. Les formes observées par Morton et Fothergill furent des plus malignes.

Bretonneau, qui était d'abord de l'avis de Sydenham, changea son opinion lors de l'épidémie redoutable qui sévit à Tours.

En France, la mortalité pour scarlatine est en moyenne 2 % en ville et 5 % dans les hôpitaux (2).

« Dans les casernes on voit des épidémies souvent sérieuses ; mais, dans ce cas, ne faut-il pas faire intervenir, à côté de l'âge du malade, le surmenage et la mauvaise hygiène des casernes, sans compter l'acuité des épidémies ? (3) »

Dans l'épidémie que nous étudions, il y a eu 19 décès pour un nombre de 333 entrées pour scarlatine, ce qui fait une moyenne de 5,7 %. Nous voyons donc que l'épidémie a été relativement peu grave.

(1) Louboullet, *Progrès médical*, 1908. Orsoni, Thèse Paris, 1908.
(2) Gouget, *Revue de Méd.*, 1910.
(3) Hutinel, *Maladies des enfants.*

Une statistique de la mortalité pour scarlatine, aux Enfants-Malades, à Paris, nous donne une mortalité de 6,50 % en 1900 (1).

Si nous faisons ce rapprochement, c'est parce que bien des analogies existent entre les épidémies qui atteignent les enfants et celles qui sévissent dans les casernes.

On peut dire que les soldats, abstraction faite de leur âge, présentent le même degré de réceptivité que les jeunes enfants.

Les mois qui nous donnent le plus de décès sont ceux pendant lesquels on enregistre le plus grand nombre de cas : mars, avril et mai. Nous ferons remarquer que ces mêmes mois donnent aussi un nombre de décès plus élevé dans la statistique que nous avons citée (2).

Cette forte mortalité de la fin de l'épidémie tient surtout à l'augmentation de la virulence des germes, ainsi que cela s'observe dans toute épidémie qui dure un peu longtemps.

Les causes de ces décès ont été variables : nous avons noté deux cas de broncho-pneumonie, plusieurs par collapsus cardiaque ; trois cas par néphrite aiguë et urémie, un par septicémie, etc.

Thérapeutique. — Voici, brièvement résumé, le traitement que suivaient les malades :

Quinine contre l'hyperthermie ; désinfection des cavités naturelles par la glycérine phéniquée ou l'huile goménolée.

Friction quotidienne pendant trois jours à l'essence d'eucalyptus. Régime lacté absolu ; alimentation précoce et progressive.

Les complications étaient traitées par les moyens appropriés.

Dans les formes nerveuses intenses, en particulier dans

(1) *In* thèse P. Dumas, 1909.

(2) P. Dumas, thèse 1909.

la forme délirante, le grand moyen était la balnéation. On injectait du sérum antidiphtérique contre l'état infectieux de la gorge, même sans bacille de Loëffler (1).

Déjà Currie en 1798 et Trousseau préconisaient dans les formes graves l'affusion froide, répétée trois à quatre fois par jour. D'autres auteurs emploient les enveloppements froids, pratiques chez les enfants ; mais c'est le bain tiède, progressivement refroidi, qui donne les meilleurs résultats.

La faiblesse du cœur n'est pas une contre-indication absolue ; on relève le myocarde au moyen de l'huile camphrée, la caféine, la spartéine, le sérum adrénaliné.

Contre l'infection générale, on employait l'électrargol, la collobiase d'or, le sérum artificiel ; le champagne et l'alcool contre l'asthénie, quand il n'y a pas de contre-indication rénale.

(1) Bervet, thèse de Montpellier, 1915.

DEUXIÈME PARTIE

SCARLATINE DÉLIRANTE

« La scarlatine, plus que la rougeole, semble apte à troubler le système nerveux » (Roger) (1).

Nous nous sommes proposé de décrire surtout une forme nerveuse de la scarlatine où deux ordres de phénomènes dominent la scène ; d'abord les phénomènes nerveux, qui, ici, sont constants et acquièrent une intensité extrême et, par conséquent, méritent d'attirer toute notre attention. En deuxième lieu, l'angine, qui est le symptôme le plus précoce; elle présente un aspect particulier et, par son intensité, dès le début, semble faire partie du tableau de la maladie. Aussi nous la considérons, non pas comme une complication précoce, mais comme un symptôme cardinal de la forme que nous décrivons.

Quant à l'éruption, elle passe au second plan et a beaucoup moins d'importance, dans le cas particulier.

Voici brièvement comment la maladie se présente : les malades ressentent un malaise depuis quelques jours ; un peu de céphalée, quelques nausées, de l'agitation et de l'insomnie, symptômes qu'ils attribuent à la fatigue et au surmenage.

Puis, brusquement, les phénomènes de l'invasion débutent avec fracas : ce léger picottement, passé inaperçu, se transforme en de la difficulté à avaler, des douleurs dans les oreilles ; le malade ressent des frissons répétés ; des vomis-

(1) *Revue de Médecine*, 1902.

sements fréquents;la température s'élève rapidement, le pouls s'accélère. A ce moment, les phénomènes nerveux apparaissent très marqués. On croit, à prime abord, à la forme ataxo-adynamique, si connue par son pronostic grave, on s'attend à voir la scène se terminer rapidement par la mort.

Cependant, si on examine les urines de ces malades, on est surpris de ne trouver que des traces d'albumine. Ces phénomènes nerveux intenses durent quelques jours, puis le malade guérit. Dans ce cas, il semble que le virus scarlatin impressionne avec prédilection le système nerveux. Comme le dit Hutinel (1): «Les manifestations nerveuses dans ces formes graves sont indépendantes de toute complication rénale. » Elles ne sont nullement la traduction de l'intoxication urémique.

L'éruption n'apparaît que le lendemain, légère ou très intense, sans aucun rapport avec la gravité des symptômes précédents. Ou bien elle tarde à se montrer. Le cœur et le foie sont les organes qui sont le plus touchés, et du degré de leur atteinte dépend le pronostic. En effet, lorsque le malade succombe, c'est le plus souvent par fléchissement cardiaque. (Obs. VIII.)

Quant au foie, c'est dans le cas où l'intoxication de l'organisme est profonde que ses éléments sont adultérés et faillissent à leur fonction de neutralisation des toxines. Le subictère des conjonctives, auquel viennent s'ajouter les hémorragies, traduit le premier degré de cette atteinte.

Analysons en détail les principaux symptômes qui caractérisent cette forme clinique nerveuse de la scarlatine que nous appelons « forme délirante ».

I. *Angine.* — Le virus scarlatin localise d'abord ses effets sur le tissu lymphoïde du pharynx. Cette atteinte ne se traduit pas par un simple érythème de la muqueuse du voile du

(1) Hutinel, *Maladies des enfants.*

palais, de la luette et des amygdales, mais tous ces organes sont tellement hypertrophiés, tellement congestionnés et augmentés de volume, qu'ils parviennent à se toucher, déterminant ainsi l'oblitération de l'isthme du gosier. Alors la dysphagie est intense, la déglutition, même des liquides, devient impossible, la sensation de brûlure que le malade accuse est très pénible. Le reflux par le nez, le jettage est fréquent.

A la dysphagie intense s'ajoute la dyspnée mécanique, causée par l'énorme hypertrophie des amygdales sur lesquelles se forment d'épais exsudats pultacés brun-jaunâtre. Tout le fond de la gorge, jusque dans la partie pharyngienne, est encombrée par une couenne visqueuse et filante, nécessitant de la part du malade des efforts continuels pour son expulsiion. (Obs. III, IV, V.)

Ainsi que l'a montré Bourges (1), l'épithélium desquamé, mélangé à la sécrétion des follicules, forme un enduit qui est au début, d'une couleur blanche éclatante, mais qui devient bientôt grisâtre et jaunâtre, pas adhérent, mais constitue souvent une fausse membrane.

Le plus souvent, les efforts du malade restent sans effet, ils amènent son épuisement, d'autant plus que ces fausses membranes se reforment avec une rapidité surprenante. « Elles se caractérisent par leur extension et leur persistance. » Le seul moyen d'éviter alors la gêne respiratoire croissante est de les enlever mécaniquement au moyen d'un tampon d'ouate.

Cette forte angine s'accompagne de frissons répétés, d'une soif intense, de sécheresse de toute la cavité buccale, accrue par l'impossibilité de déglutir les liquides.

La langue, qui présente un aspect si caractéristique dans la scarlatine ordinaire, n'a plus ici le même aspect. Elle n'est pas rouge, écarlate, luisante, framboisée, dépouillée, mettant à nu les papilles saillantes.

Mais, ainsi qu'on le voit dans les fortes pyrexies avec état

1) *Les angines de la scarlatine,* thèse de Paris, 1891.

infectieux grave, elle est terne, sèche, fissurée et rôtie, couverte de fuliginosités noirâtres, épaisses et très adhérentes. Souvent la muqueuse sous-jacente présente des ulcérations saignant facilement avec de la glossite. (Obs. V et IX.)

Au niveau des lèvres, qui sont tremblantes, la même sécheresse ; des fissurations et des excoriations de la muqueuse recouverte de fuliginosités et de petits lambeaux détachés qui témoignent d'un état particulièrement grave. Les gencives elles-mêmes sont tuméfiées et saignantes. Les narines sont souvent encombrées de croûtes épaisses reposant sur des vésicules d'herpès, desséchées, qui, ici, ne constituent nullement un signe critique ; bien au contraire, leur présence traduit l'atteinte grave de l'organisme et l'état de profonde infection.

Du côté des yeux on remarque une forte injection des conjonctives, sillonnées de nombreux vaisseaux ; c'est la traduction apparente de la congestion des méninges, les conjonctives pouvant être considérées comme de simples prolongements de cette séreuse. La blepharite n'est pas rare, même au début.

Cet état de la gorge provoque un retentissement ganglionnaire considérable et quelquefois le cou prend l'aspect proconsulaire-bubon scarlatineux de Trousseau. (Obs. VI, VII.) En même temps la grande excitabilité de la muqueuse sert d'amorce facile aux réflexes et à la prise d'un aliment, même liquide, ou d'un cachet le plus souvent, des vomissements successifs et nombreux se produisent. (Ob. III, IV.)

II. *Symptômes nerveux.* — Les symptômes nerveux qu'on voit dans les formes connues graves de la scarlatine sont variables, et comme manifestations et comme intensité. Ici, ce qui prime tous les autres symptômes, c'est le délire. On note bien un peu de céphalée au début, mais elle n'est que passagère.

Le délire apparaît très précocement, dès l'invasion de la maladie : il se manifeste d'abord calme, léger et intermittent.

Mais bientôt il ne tarde pas à changer d'aspect : il devient très intense et atteint son acmé dès la première nuit. A ce moment c'est un délire de la parole et d'action. Il est violent, même furieux, s'accompagnant de mouvement désordonnés. La loquacité, les vociférations et les hallucinations sont constantes. (Obs. I, III.) Souvent, on voit le malade rapidement excité, rejeter les couvertures, se lever et déambuler (Obs. I, III, IV).

Cet état d'excitation délirante persiste plusieurs jours, malgré la balnéation ; le malade s'oppose souvent à cette dernière, et lorsqu'il est dans le bain, plusieurs infirmiers sont nécessaires pour l'y maintenir, car il se met debout dans la baignoire ou essaye de se dérober.

L'agitation est excessive, il y a du tremblement des muscles de la face et des lèvres ; les mains et les doigts sont animés de mouvements désordonnés ; la carphologie est fréquente : le malade semble vouloir saisir des objets imaginaires dans l'espace.

Les soubresauts des tendons s'observent d'une façon à peu près constante, alors même que le malade est plongé dans l'adynamie, qui quelquefois fait suite à cette période d'excitation.

Le malade, quand il est dans cet état, semble étranger à tout ce qui l'entoure ; il n'y a point d'expression sur son visage, ses yeux restent immobiles et semblent ne pas comprendre les questions qu'on lui pose et qui ne suscitent, comme réponse, que quelques paroles brèves, plaintives et incompréhensibles. Mais cet état de dépression ne dure que peu de temps ; de nouveau le délire reprend avec plus d'intensité, coïncidant avec l'ascension thermique vespérale ; les mêmes phénomènes d'excitation se reproduisent.

Puis ils deviennent intermittents, se manifestant surtout la nuit pour cesser le jour, et au bout de cinq à six jours, le délire disparaît complètement, laissant le malade dans un état de dépression très marquée.

En même temps que se produisent ces phénomènes, et surtout au début, le malade est en proie à une dyspnée qui contraste avec l'intégrité de l'appareil pulmonaire. C'est la dyspnée *sine materia*, sur la gravité de laquelle Trousseau a bien insisté, et qui serait, d'après lui, un des signes les plus certains de la malignité des accidents.

Cette dyspnée n'est qu'une manifestation nerveuse, car, malgré son intensité, on ne trouve que de vagues signes stéthoscopiques. Les mouvements respiratoires deviennent accélérés, le rythme normal est modifié, irrégulier, l'expiration est plus ou moins bruyante. Les toxines fabriquées par le virus scarlatin dans la cavité bucco-pharyngée, dont la muqueuse présente une large surface d'absorption, vont impressionner, en même temps que les centres de l'intelligence, les centres bulbaires qui commandent l'appareil pulmonaire.

Mais pourquoi cette prédilection des toxines pour les centres nerveux ?

Cela ne tient pas seulement à la nature du virus — le terrain joue aussi un rôle dans ces manifestations.

Ce sont, en général, des malades très surmenés ou présentant une prédisposition nerveuse héréditaire ou personnelle, ou bien une tare comme l'alcoolisme ou la tuberculose.

Ce qui nous explique que les centres nerveux soient avant et beaucoup plus impressionnés que les autres organes de l'économie.

III. *Eruption.* — Il est important à noter que, comme dans les formes ataxo-adynamiques, l'éruption n'est point en rapport avec la gravité et l'intensité des phénomènes décrits plus haut. Lorsqu'elle est « bien sortie » elle est remarquable par l'intensité de sa coloration et surtout par sa persistance avec le même aspect pendant plusieurs jours. D'autres fois, nous l'avons vu manquer les deux ou trois premiers jours et n'apparaître qu'une fois que les bains étaient administrés:

il semble que ces derniers ont agi par une excitation périphérique et locale sur toute la surface cutanée.

La topographie de cette exanthème n'était pas constante, mais même dans les cas légers l'érythème était suffisamment marqué aux plis de flexion pour permettre d'affirmer le diagnostic.

Souvent nous avons noté une éruption en rasch au niveau des poignets (obs. IV et VIII) et à la racine des cuisses, formant un triangle à base supérieure.

Lorsque le foie est fortement touché, on remarque, en plus des hémorragies nasales, des éléments pétéchiaux aux membres inférieurs, aux aisselles (obs. VI, VIII).

La désquamation est des plus typiques, lorsque l'éruption est intense ; elle se fait précocement par lambeaux d'une étendue de plusieurs centimètres. Nous avons vu, en particulier, un malade (obs. I) dont la semelle des pieds se détachait tout d'une pièce et l'épiderme épaissi de la main s'enlevait comme des mitaines.

Les sudamina sont fréquemment observées.

IV. *Fièvre.* — « Une scarlatine grave dépasse 40°, voilà un premier fait important. Dans les jours suivants, si la température baisse rapidement et si, après cette chute, elle ne remonte pas, le pronostic est bon. Il l'est encore si la chute est régulière en lysis (1). »

La fièvre apparaît en même temps que l'angine et se traduit par des frissons répétés, des bouffées de chaleur ; elle monte rapidement à 40°5, se maintient élevée ou bien, si elle tend à descendre par des oscillations progressives et régulières, ce n'est pas l'indice certain d'une amélioration, comme le veulent les auteurs que nous venons de citer.

En dépit de cette descente franche, l'état général reste grave. Le délire et l'agitation ne s'amendent point ; le pouls,

(1) Hutinel et Martin, *Mal. des enfants.*

si important à noter à ce moment, devient misérable, incomptable, irrégulier, il y a une véritable « dissociation ».

Alors le danger est grand : cette absence de fièvre traduit l'impuissance de l'organisme à se défendre contre les microbes et leurs toxines.

L'aspect de la courbe thermique est souvent typique, en lysis, comme on peut le voir d'après les observations que nous publions.

V. *Pouls et cœur.* — Le pouls, dans les formes graves, donne des renseignements plus précis, plus exacts sur l'état général que ne le fait la courbe thermique.

Dès le début, alors que la température est très élevée, il est rapide, fréquent, mais plein ; il bat à 120.

Mais bientôt il devient dépressible, mou ; des irrégularités apparaissent, des intermittences, qui sont de fausses intermittences, dues à la faiblesse de la contraction cardiaque qui ne se transmet pas jusqu'à la radiale. Le cœur est touché. « Dans les maladies infectieuses, l'atteinte du myocarde est très fréquente, surtout dans celles qui s'accompagnent d'un état typhique. »

Ainsi que le dit Hutinel (1) : « Dans cette défense de l'organisme contre le poison ou contre l'infection, le cœur lutte souvent avec succès, mais il lui arrive d'être touché à son tour, et le malade succombe. »

Le poison scarlatin manifeste son action sur la température qui s'élève, sur le pouls qui devient plus fréquent, sur la tension artérielle qui se modifie, sur le muscle cardiaque qui se laisse dilater et même forcer sans lésions apparentes. En effet, si le malade succombe, c'est moins par une intoxication générale de l'organisme que par la défaillance précoce du myocarde. (Obs. VIII.)

VI. *Reins et urines.* — Le rein est le filtre qui élimine, sinon toutes, du moins la majeure partie des toxines de l'or-

(1) *Maladies des enfants.*

ganisme. Lorsqu'il est atteint, la sécrétion rénale se supprime et des phénomènes graves d'intoxication urémique éclatent. C'est ce qu'on voit dans les formes ataxo-adynamiques où les phénomènes graves ne sont que la manifestation de cette toxhémie. M. le Professeur Carrieu l'a montré pour les formes nerveuses de la rougeole (1). En effet, les urines de ces malades, si elles ne sont pas supprimées, décèlent des flots d'albumine traduisant l'atteinte grave du parenchyme rénal ; comme nous l'avons fait déjà remarquer, les phénomènes nerveux intenses qui caractérisent la forme délirante sont dus à la localisation du virus même sur les éléments nerveux, et non pas des symptômes d'urémie.

En effet, les urines de ces malades sont diminuées comme dans toutes les pyrexies, mais elles ne sont nullement albumineuses. C'est à peine si on notait, les premiers jours, de légère traces, ou même l'absence complète d'albumine. Par contre, si ces malades venaient à présenter des complications tardives ou une rechute, le rein, surmené lors de la première atteinte, mais ayant résisté, ne pouvant plus suffire à sa tâche, la néphrite se déclare, l'anurie et l'urémie consécutives emportent le malade.

VII. *Foie.* — Il est presque toujours atteint ; comme l'a montré Roger (2), il est augmenté de volume et douloureux, même dans les formes légères de la scarlatine. L'adultération de la cellule hépatique se traduit par l'apparition d'une teinte subictérique aux conjonctives, qui ne fait presque jamais défaut : celle des téguments est masquée souvent par l'éruption ; mais, d'après Reich et Reuss (3), on peut la déceler par la pression du doigt qui laisse une tâche jaunâtre sur la peau (Obs. VIII).

(1) Leçons cliniques, 1914.
(2) *Revue de Médecine*, 1910.
(3) *Jahrb. f. Kind.*, 1910.

Il n'est pas rare de voir aussi les urines contenir des pigments biliaires, mais les selles ne sont pas décolorées.

Au subictère viennent s'ajouter souvent les pétéchies que nous avons déjà signalées aux plis de flexion et aux jambes, et des hémorragies nasales répétées.

OBSERVATIONS

Observation Première

Aup. E., âgé de 32 ans, soldat au 2e génie ; entré le 7 mars. D'une bonne santé habituelle, sans aucun antécédent, ni personnel, ni héréditaire.

7. — La veille il a présenté brusquement des douleurs à la gorge, de la céphalée et vomissements ; il a eu quelques frissons.

A l'examen, on trouve la langue rouge et sèche, les amygdales congestionnées et avec des points blancs à droite ; le voile du palais est rouge écarlate, vernissé avec un piqueté saillant. La luette œdematiée. Les yeux sont un peu rouges. L'éruption est à peine marquée aux plis de flexion du coude. La température est de 40°4 ; le pouls petit et très rapide.

On donne de la quinine et une injection d'huile camphrée.

8. — Le malade a présenté un délire gai intense ; il n'a cessé de proférer des paroles incohérentes, a eu des hallucinations ; il prétendait que tous ses voisins se moquaient et riaient de lui. Dans la nuit il s'est levé ; on l'a maintenu au lit de force.

Le délire continue encore à la visite, ainsi que l'agitation ; le malade s'assied continuellement sur son lit.

Les yeux sont très injectés ; la gorge est encore plus congestionnée, mais le malade ne vomit plus ; la déglutition est très pénible.

La température est toujours élevée, 40°3. Le pouls dépressible. Les bruits du cœur sont bien frappés. *Légères traces d'albumine.*

On administre 4 bains à 36°, 10 cc. de sérum antidiphtérique.

9. — Le pouls est meilleur.

L'agitation et la loquacité persistent mâlgré les bains : le malade refuse les bains et se met debout dans la baignoire. L'éruption est complètement sortie et très intense.

La température est encore à 40°3 le soir.

10. — Le délire est intermittent ; la température descend légèrement, le pouls est mieux frappé ; mais l'éruption est encore plus intense. Le malade se plaint du cou, on y constate des ganglions.

11. — L'état général est meilleur, la descente de la courbe thermique est franche ; le malade est calme ; l'éruption très rouge. Une érosion apparaît au sacrum.

20. — Aux mains, la peau se détache en mitaine ; aux pieds, la semelle s'enlève tout d'une pièce.

3 juin. — Le malade accuse un gonflement des jambes et du ventre ; c'est survenu sans qu'il s'en aperçoive ; pas de température.

On applique des ventouses a la région lombaire ; théobromine, 2 grammes.

4. — Urines abondantes. Pas d'albumine.

2 juillet. — Le malade est parti en convalescence complètement guéri.

Observation II

J..., entré à la Salle Fouquet, lit 34, le 27 avril.

L'interrogatoire du malade est impossible, le malade étant dans une adynamie profonde ; il délire et répond par monosyllabes incompréhensibles.

Ce qui nous frappe, à l'examen, c'est son état d'anéantissement profond ; le teint est terreux, il y a du subictère aux conjonctives qui sont très injectées. Sur les bords des paupières on remarque un dépôt brunâtre.

Les lèvres tremblent continuellement, les ailes du nez battent, le malade paraît très essoufflé.

Sur les lèvres on remarque des lambeaux grisâtres, retournés sur les bords ; elles sont sèches et fendillées, ainsi que la langue, qui est craquelée.

La gorge est congestionnée sans fausses membranes ni points blancs. Le pouls, très rapide, petit; la température est à 39°2. On prescrit de la quinine, huile camphrée et enveloppements froids en attendant de lui donner les bains.

28. — Même aspect ; le délire a été continu et le malade a des hallucinations ; il est très agité, ses mains présentent de la carphologie. Les urines, diminuées, contiennent des *traces non dosables d'albumine*. On administre quatre bains; 10 cc. de sérum antidiphtérique.

29. — La température est à 38°, l'agitation et le délire n'ont pas cessé ; une escarre apparaît au sacrum et sur le trochanter droit.

En raison de son état nerveux, on prescrit une ponction lombaire : la tension et l'aspect du liquide céphalo-rachidien sont normaux. L'examen chimique négatif ; de même au point de vue cytologique. On injecte 1 cc. de collobiase d'or dans le canal. La réaction thermique est intense, 40°5 le soir.

30. — L'état général s'améliore légèrement, la température est descendue à 38°1, mais le pouls est petit ; on injecte 5 cc. d'huile camphrée et on alterne avec la caféine. Les bruits du cœur étant assourdis, on met de la glace sur le cœur.

1er mai. — Le malade est très dyspnéique : 36 respirations. Le pouls filant, l'abattement extrême. La température 41°.

On l'ausculte : foyer de broncho-pneumonie à droite.

Il meurt le 2 mai au soir.

Observation III

Eng., entré le 7 mai au soir, âgé de 19 ans, soldat.

Le malade était fatigué depuis deux jours ; le début s'est fait par un mal de gorge qui est allé en augmentant, des maux de tête, vomissements abondants et répétés.

Examen : Affaissement très marqué, face bouffie; les lèvres sont fissurées et fuligineuses. La langue est rôtie, noirâtre, le fond de la gorge rouge écarlate, luisant ; les amygdales sont congestionnées et le malade rejette les liquides en même temps que des exsudats jaunâtres filants qu'on est obligé de tirer avec un tampon.

Le pouls est très dépressible ; la température, 40°3.

L'éruption à peine marquée aux plis du coude.

Le malade dit de temps en temps quelques mots incompréhensibles ; les urines ne contiennent *pas d'albumine.*

On administre de la quinine, de l'huile camphrée et 10 cc. de sérum antidiphtérique.

9. — Le malade présente de l'agitation, quelques mouvements des membres ; on nous dit qu'il a déliré la nuit, qu'il s'est levé, réclamant un pansement à une plaie imaginaire.

Les lèvres tremblent, elles sont couvertes de lambeaux de muqueuse détachée, noirâtres.

On sent des soubresauts des tendons, en tâtant le pouls : il est toujours petit ; la température est à 40°4.

On prescrit quatre bains à 36° ; huile camphrée et sérum, 10 cc. La dysphagie et les vomissements sont continus ; il y a du reflux par le nez ; la sœur du service est obligée de lui nettoyer fréquemment la gorge au moyen d'un tampon qui ramène des exsudats visqueux en quantité ; ils se reforment rapidement. Le malade est gêné pour avaler et pour respirer ; la respiration est bruyante et irrégulière.

L'éruption est intense à la partie interne des cuisses.

10. — Le délire est calme, le malade est abattu ; rasch au poignet gauche ; le pouls est meilleur.

11. — L'état général est meilleur : température, 38° ; ne vomit plus ; paraît s'intéresser à son entourage ; reconnaît les infirmiers. Répond aux questions qu'on lui pose.

12. — L'amélioration continue ; la température descend. On examine de nouveau les urines qui ne contiennent que de *très légères traces d'albumine.*

24. — Rechute ; température, 39° ; angine ; albumine dans les urines, près de 1 gramme p. 1.000.

29. — Nouvelle ascension thermique. Douleurs aux genoux ; le cou-de-pied gauche est rouge, douloureux ; oscillations thermiques.

4 juin. — On incise un abcès para-articulaire du cou-de-pied gauche. La température tombe.

Observation IV

Mart., soldat au 1er génie, entré le 21 avril.

Depuis six jours, tousse et crache ; il est entré à l'infirmerie pour une bronchite pyrétique. 38°5. C'est un tousseur habituel. Il y a quatre jours, il a commencé à avoir de la diarrhée, huit selles sans coliques. Hier, il a présenté des vomissements et des frissons avec un peu de céphalée ; le mal de gorge a débuté léger il y a trois jours.

Comme antécédents personnels, il a eu des bronchites fréquentes et la jaunisse.

Une sœur morte bacillaire à 19 ans.

A l'examen on note une éruption typique sur le ventre, plus marquée aux plis de flexion et dans le dos.

La langue est rouge à la pointe, sale sur le reste de l'étendue ; les amygdales sont très gonflées, avec des exsudats brunâtres épais. La voix du malade est nasonée.

Au thorax, on trouve une légère submatité au sommet droit.

Au cœur, les bruits sont bien frappés ; pouls plein ; température, 39°9. *Traces légères d'albumine.*

22. — Le malade a eu de l'insomnie et n'a pas pu reposer toute la nuit, l'agitation étant intense. Son voisin de lit s'est levé pour l'empêcher de sortir par la porte de l'annexe où ils étaient couchés.

La dysphagie est intense et le malade vomit fréquemment. Il est très essoufflé.

Les amygdales sont excessivement gonflées, elles se touchent sur la ligne médiane ; le malade rejette le lait par le nez. L'amygdale gauche paraît fluctuante.

Il y a de l'adénite du même côté.

Le pouls, rapide, est mou ; la température très élevée. Les bruits du cœur sourds avec tendance à l'ambryocardie.

On donne quatre bains, mais on relève le pouls par la caféine, qu'on alterne avec l'huile camphrée.

25. — Même état avec de la prostration ; on remarque une éruption intense à la racine des cuisses, en triangle, et du rasch sur les mains et les avant-bras. Il n'y a point de pétéchies.

La faiblesse du pouls est extrême et on craint que le malade ne succombe par syncope cardiaque.

21. — L'état général ne s'est point amélioré.

L'embryocardie est nette ; il y a une élévation thermique à 40°3.

Le nez est bouché par des croûtes ; les lèvres sont collées par des fuliginosités. On lui nettoie le gosier constamment au moyen d'un tampon.

26. — Un abcès amygdalien s'est formé à droite ; on le perce. La température tombe à 39°4.

On note quelques éléments pétéchiaux sur le thorax et les bras.

27. — Le malade se sent soulagé, il respire mieux, a pu reposer ; mais le pouls est toujours très rapide et mou.

L'amélioration continue les jours suivants.

27. — Le malade, qui devait sortir le 28, accuse une douleur dans la région sous-maxillaire gauche ; en même temps il a eu un frisson. On lui prend la température : 39°.

Il y a de l'albumine dans les urines : 0 gr. 85.

On constate un empâtement très dur derrière la mâchoire; le malade a de la peine à ouvrir la bouche.

On applique des compresses chaudes.

28. — Le malade se plaint toujours, mais il n'y a point

de fluctuation nette ; on incise pour le soulager, mais il ne sort pas de pus. Les jours suivants, la plaie suppure légèrement et cicatrise ensuite.

11 mai. — Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Observation V

Ar..., étudiant en médecine, âgé de 23 ans.

Depuis quelques jours il était fatigué et très surmené.

Le 13 mai au soir il éprouve un léger picottement à la gorge et un peu de céphalée, avec de la lassitude. Dans la nuit, il est réveillé par une gêne douloureuse à la gorge avec de la sécheresse. L'insomnie persiste jusqu'au matin.

Le 14 mai, la gorge est très rouge, il y a de la dysphagie, mais pas de vomissements. Aucune trace d'éruption après examen attentif.

Il continue son travail à l'hôpital. Se sentant fatigué, il rentre à 11 heures se coucher et prend sa température qui était 38°3 axillaire.

Dans la journée, la céphalée et la dysphagie augmentent, l'anoréxie est complète ; il se sent courbaturé, il ressent quelques frissons.

Le soir, il y a de l'agitation, de l'insomnie, et la température est de 39°3.

Le 15 mai, l'abattement est profond ; par moments, le malade éprouve des sensations de défaillance. Une légère éruption apparaît au thorax et aux plis du coude. La déglutition est très pénible ; la langue sèche, sale.

Le soir, il rentre à l'hôpital, dans le service de scarlatine. L'état général est très grave, l'anéantissement est complet, les défaillances surviennent à tout moment. Le facies est tiré, le teint est nettement subictérique. Il y a du délire de la parole.

Les urines sont épaisses, diminuées, mais ne contiennent que *des traces d'albumine*.

La température est élevée à 39°6.

Le 16 mai, la nuit a été mauvaise, le malade n'a pas cessé d'expulser d'épais exsudats filants ; il a déliré et a présenté de l'agitation ; n'a pas pu reposer. L'angine est très intense; la déglutition est impossible, il éprouve une sensation de brûlure au gosier.

La langue est sèche, rouge, rôtie ; les lèvres fissurées, fuligineuses. On administre quatre bains à 36°.

Le teint subictérique devient nettement ictérique, l'éruption se généralise, intense. Les yeux sont injectés et excavés. La prostration est extrême ; le malade ressent des douleurs dans les membres et ne peut pas se soulever ni se tourner. On injecte 10 cc. de sérum et 10 cc. d'huile camphrée.

Le 17, l'état général reste grave, la température se maintient à 39°4. Le pouls qui, jusqu'ici, était bon, devient petit, filant, mou et dépressible.

La dysphagie est atroce, la déglutition du lait impossible, il y a du reflux par le nez ; la langue est très rouge, enflammée et douloureuse ; la gorge encombrée d'épais exsudats visqueux.

Une éruption intense d'urticaire apparaît ne laissant aucun repos au malade.

On fait des lavages à l'eau oxygénée par la bouche et le nez. On continue les bains, mais on relève le pouls par l'huile camphrée et 250 cc. de sérum artificiel adrénaliné. On donne de la spartéine en potion, que le malade ne peut pas avaler.

Le 18 mai, la température descend à 38°3, mais le pouls est mou, petit, fréquent. La dysphagie continue ; des croûtes noirâtres bouchent les narines; les lèvres sont sèches, on voit des lambeaux de muqueuse ulcérée près de la commissure gauche. Les amygdales et la luette, rouges et gonflées, sont couvertes d'un voile blanchâtre, qu'on touche au sérum antidiphtérique. L'urticaire persiste. On fait des frictions à l'eau de Cologne.

19 mai. — Une amélioration légère se manifeste ; le pouls

est meilleur, mais encore dépressible. La température est à 37°6. Une escarre se montre au sacrum.

L'amaigrissement est très marqué ; les yeux excavés. La langue est toujours douloureuse, fissurée ; des membranes couvrent les amygdales et la luette, saignant facilement. L'ulcération de la commissure persiste ; on fait des attouchements au sérum. Le malade urine abondamment.

Les jours suivants, l'amélioration continue ; mais l'état de faiblesse est très marqué pendant plusieurs jours.

Observation VI

D..., soldat, âgé de 38 ans, est entré dans le service le 28 avril, salle Joffre, n° 14 *bis*.

Le malade est dans un état d'agitation intense, très dyspnéique et gêné pour parler.

Il nous dit que, il y a quatre jours, il a commencé par avoir mal au gosier, des frissons et un peu de mal de tête. Il s'est présenté à la visite mais n'a pas été reconnu malade. On lui a donné deux jours de repos ; son état empirant, il s'est représenté une seconde fois sans résultat. Sa céphalalgie a augmenté, la dysphagie a apparu hier, il a eu des frissons répétés ; la veille, a eu de nombreux vomissements. On ne lui a pas pris la température à l'infirmerie. Le malade nous dit qu'il était sujet aux angines.

A l'examen : La langue est sale et sèche.

Une éruption intense couvre tout le corps ; aux plis des flexions, aux membres inférieurs et à la partie gauche du thorax on remarque des éléments pétéchiaux.

Gorge : les amygdales sont très gonflées, rouges, écarlates, avec du pus dans les cryptes.

Cœur : premier bruit sourd ; pouls petit, pas très rapide.

Température : 40°5. *Traces d'albumine dans les urines.*

Traitement habituel ; on injecte 10 cc. de sérum antidiphtérique.

22. — Affaissement, gêne respiratoire intense, 36 respira-

tions. Pouls petit. Ganglions sous-maxillaires très volumineux.

Des fausses membranes épaisses sur les amygdales et la luette. Impossibilité de déglutir ; vomissements fréquents, à la prise des cachets, qu'il rejette. Réponses incohérentes, délire toute la nuit, très agité, se roule dans son lit et rejette toutes les couvertures.

Même traitement ; on prescrit des bains.

30. — La dysphagie est intense, il y a du reflux des liquides par le nez. Ulcération et pus sur l'amygdale droite, exsudats brunâtres ; ganglions très volumineux.

30, soir. — La température est encore à 40°5 ; le pouls petit à 124. Agitation extrême ; on lui attache les pieds ; le délire continue.

On prescrit l'huile camphrée, un bain immédiat.

Le malade meurt dans la nuit.

Observation VII

Ver..., soldat appartenant au 29e dragons, Salle Chaptal, n° 2.

Le malade vient d'avoir une rougeole de laquelle il est convalescent depuis cinq jours. Elle a été bénigne et presque apyrétique.

Le 6 mai, il a eu mal à la gorge et un frisson ; sa température était à 39°3.

A l'examen, on constate que le voile du palais et les amygdales sont très rouges, la luette est œdématiée, mais il n'y a pas de points blancs ni fausses membranes. On trouve des ganglions au cou, ils sont douloureux. Une éruption en piqueté rouge intense couvre l'abdomen, les plis et le dos. On note de *légères traces d'albumine dans les urines.*

Le 7, la température monte à 39°6. Le malade est très agité, il y a des mouvements des bras et des jambes. La gorge est très rouge, l'amygdale droite très gonflée et cou-

verte de points jaunâtres. On trouve de très gros ganglions à droite.

La dysphagie est intense, mais le malade ne vomit pas. On fait une piqûre de sérum antidiphtérique.

Le 8, la température monte à 39°8 ; on nous dit que le délire n'a pas cessé de toute la nuit, l'agitation persiste. Le pouls est rapide mais bien frappé.

Le cou est proconsulaire et la gorge présente le même aspect qu'hier.

Le 9, le malade est plus calme mais se plaint toujours de la gorge et du cou ; il souffre de l'oreille droite et est très gêné pour avaler ; il y a un léger trismus : on fait des applications chaudes.

Le 11, *très légères traces d'albumine.*

Observation VIII

Bac..., soldat, entre le 4 mai, Salle Joffre (gauche), n° 8.

Début, il y a quatre jours, par de la céphalée, des vomissements, une angine intense ; il a eu de l'insomnie.

A l'examen, on remarque de l'abattement, de la stupeur et le tremblement des lèvres ; le malade s'agite constamment, se tourne d'un côté et de l'autre et rejette les couvertures. Il répond par des phrases incohérentes. Le teint est subictérique et l'éruption de scarlatine très intense ; la gorge présente une rougeur et un gonflement très marqués.

La respiration est anxieuse et accélérée : 28 respirations.

Le pouls, petit, à 120 ; la température, 40°.

Il n'y a *pas d'abumine dans les urines.*

On administre les bains tièdes ; 1 cc. de collobiase d'or, 5 cc. d'huile camphrée, matin et soir ; 10 cc. de sérum antidiphtérique.

5. — Affaissement, délire continu depuis hier soir ; refuse de boire. La langue est sèche, rôtie, noirâtre ; des pétéchies apparaissent à la partie inférieure des jambes. Aux poignets

l'éruption est un rasch ; entre les cuisses, elle revêt l'aspect d'un triangle à base supérieure.

Le pouls est très petit, filant ; les bruits du cœur sont faibles, irréguliers et précipités. La température est de 40°2. La dysphagie est telle que le malade rejette tout ; des vomissements se montrent à plusieurs reprises.

Même traitement, on ajoute de la spartéine en potion et de la glace à la région précordiale.

6. — L'éruption est intense, le teint nettement ictérique à la face ; la raie de Borsieri apparaît jaune.

La température baisse à 38°3. Les bruits du cœur sont très faibles, il y a de l'embryocardie.

On supprime les bains, car le malade présente des défaillances. On maintient la glace en permanence sur le cœur.

L'agitation est excessive, le malade essaie de se lever. Le délire augmente encore.

Il meurt à minuit.

Observation IX

Vin..., soldat au 2e génie, entré le 6 avril, salle Astruc, n° 6.

Depuis dimanche, le malade se plaint de la gorge ; il a eu en même temps quelques frissons, pas de mal de tête; un vomissement et plusieurs selles diarrhéiques.

Pendant que nous l'interrogeons, le malade présente du délire, et les réponses sont souvent incohérentes. La température est de 38°8.

A l'examen, on remarque que le malade, qui est très agité, a les yeux rouges, injectés. Une éruption généralisée, mais peu accentuée, couvre tout le corps.

La langue est rouge, ainsi que le voile du palais, les amygdales sont augmentées.

7. — De nombreuses plaques d'urticaire ont apparu sur le thorax et les cuisses ; il y en avait aussi sur l'abdomen.

Le veilleur nous a dit que le malade a eu du délire toute la nuit et du délire d'action : nous remarquons que ses mains et ses pieds sont maintenus par des courroies. Au moment de la visite, le délire continue.

La langue est très sèche, fissurée ; des fuliginosités bouchent les narines.

Les yeux sont très injectés et les bords des paupières présentent de petites squames.

La température monte à 39°6, mais le pouls est bien frappé. Les urines ne contiennent *que des traces d'albumine.*

On donne 2 grammes de chlorure de calcium, deux bains à 33°, une ampoule de collobiase.

8. — L'état général est mauvais ; le délire n'a pas cessé. Il y a des soubresauts des tendons aux poignets. Les lèvres sont sèches, fuligineuses ; la langue présente de petites ulcérations arrondies, nombreuses sur toutes ses faces. Le teint est subictérique ; une escarre au sacrum oblige le malade à se coucher sur le côté et, au niveau du trochanter droit, la peau s'entame aussi.

Le pouls est bon, la température à 38°3.

9. — Le malade est calme, répond bien. La langue est enflammée, glossite, et les ulcérations facilement saignantes.

On prescrit des tamponnements à l'eau oxygénée et au jus de citron.

La température est revenue à la normale.

CONCLUSIONS

I. 1° L'épidémie de scarlatine, malgré la sévérité des formes observées, a été relativement bénigne, puisque la mortalité n'a pas dépassé de beaucoup la moyenne de la mortalité pour scarlatine en France.

2° Les complications immédiates, très nombreuses, que les malades atteints ont présentées, ont été aussi de peu de gravité. La plus fréquente des complications, la néphrite, a été rarement observée.

II. 1° A côté des formes nerveuses de la scarlatine à pronostic excessivement grave, il y a place pour une forme nerveuse où le délire prime tous les autres symptômes. Malgré l'intensité des phénomènes nerveux, cette forme se termine le plus souvent par la guérison.

2° Au point de vue thérapeutique, le traitement, dans cette forme, doit avoir pour but surtout de calmer l'excitation cérébrale intense. De plus, on doit aider et augmenter la résistance du malade en soutenant ses forces et en surveillant les organes les plus menacés, comme le cœur et le rein.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 Juillet 1915.
POUR LE RECTEUR :
Le Professeur de Faculté délégué,
P. GACHON

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 Juillet 1915
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Traités classiques de Rilliet et Barthez, Trousseau, Cadet de Gassincourt, Pater, Jaccoud.

Art. *Scarlatine* des Traités :

a) *Traité des maladies de l'enfance*, de MM. Grancher, Comby, Marfan.

b) *Traité de médecine et de thérapeutique*, de MM. Brouardel et Gilbert.

c) *Traité de Médecine*, de MM. Charcot, Bouchard, Brissaud.

d) *Maladies des Enfants*, de M. Hutinel.

Aufreville. — *Cœur sans lésions organiques dans les fièvres éruptives.*

Barré. — *Le cœur dans la scarlatine et les maladies infectieuses.* — Th. de Paris, 1891.

Barth. — Néphrite scarlatineuse. — *Union médicale*, 29 nov. 1889.

Bourges. — *Les angines dans la scarlatine.* — Thèse de Paris, 1891.

Brissot. — *Relation d'une épidémie de scarlatine à l'Hôpital Ste-Eugénie.* — Thèse de Paris, 1879.

Dr Charpentier. — La scarlatine à l'Hôpital des Enfants-Malades (1895). — *Société des Hôpitaux*, 1896.

Courdouan. — *Scarlatine. Régime alimentaire.* — Thèse 1907.

P. Dumas. — *Scarlatine.* — Th. de Paris, 1909.

Fergusson. — *Scarlatine et rougeole simultanées.*

Gouget. — *Rev. de méd.*, 1910.

Guéneau de Mussy. — Sur quelques formes graves de la scarlatine. — *Gaz. des Hôpit.*, 1871.

Julie. — *Scarlatine à l'Hôpital militaire de Versailles* (Déc. 1895. Avr. 1896).

Le Foll. — *Epidémie de scarlatine observée en Bretagne.* — Th. Paris, 1903.

Lemoine. — *Société méd. des Hôpit.*, 1895.

Lesage. — *La scarlatine.*

Martin. — *Revue d'Hyg. et Police sanitaire*, 1910.

Moureyre. — *Manifestations nerveuses de la scarlatine.* — Thèse de Paris, 1899.

Roger. — Etude clinique de quelques maladies infectieuses. — *Rev. Méd.*, 1899.

Roger. — *Revue de Médec.*, 1910.

Reich et von Reuss. — *Jahr. f. Kind.*, 1910.

St-Paul. — *Trois cents cas de scarlatine observés aux Enfants-Malades en* 1903. — Th. de Paris, 1904.

Tissier et Bénard. — *Soc. biol.*, 1910

Tissier. — Les complications rénales dans la scarlatine. — *Gaz. des Hôpit.*, 28 nov. 1889.

Tissier. — Thèse de Paris, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE 9

Etude statistique et clinique générale 9
Etude de l'épidémie de scarlatine 11

DEUXIÈME PARTIE 19

Scarlatine délirante 19

I. Angine 20
II. Symptômes nerveux 22
III. Eruption 24
IV. Fièvre 25
V. Pouls et Cœur 26
VI. Reins et Urines 26
VII. Foie 27

Observations 29

CONCLUSIONS 43

BIBLIOGRAPHIE 45

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.